

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 41

Les ruptures traumatiques
de la rate
avec hémorragie retardée

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques SIMON

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 11 Décembre 1906 à NEVERS (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**LES RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE
AVEC HÉMORRAGIE RETARDÉE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les ruptures traumatiques
de la rate
avec hémorragie retardée

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques SIMON

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 11 Décembre 1906 à NEVERS (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PATEL, *président* ; POLLOSSON, *assesseur* ;
CIBERT et GUILLEMINET, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage d'une profonde
affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

Il a été notre Maître à la Faculté

Il nous a toujours très favorablement accueilli et guidé de ses conseils. Il nous a fait l'honneur de présider notre thèse. Nous l'en remercions.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESJACQUES

Chef de Clinique chirurgicale de la Faculté de Lyon

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

LES RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE AVEC HÉMORRAGIE RETARDÉE

Introduction

Les ruptures de la rate avec hémorragie abdominale retardée ont été, depuis longtemps déjà, mises en lumière, puisque, dès 1863, Chaumel, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie*, en rapportait une observation très typique.

Ces accidents ont été décrits à nouveau par Camus (Thèse de Paris, 1905).

Planson (Thèse de Paris, 1909), en signale quelques cas au cours d'un exposé des ruptures traumatiques de la rate en général.

Patel, dans un article paru dans la *Presse Médicale* d'avril 1923, fait un résumé de la question et présente une observation type que Carrié reprend dans sa thèse de la même année.

Les faits se sont donc multipliés et actuellement Quénu les considère comme assez fréquents.

La structure de la rate et la constitution de la loge splénique paraissent devoir justifier la fréquence relative et la gravité de ces hémorragies. Néanmoins, leur mécanisme en est très discuté et diverses théories

ont été émises pour expliquer le retard de leur apparition. Certaines de ces théories semblent bien d'ailleurs répondre à la réalité.

A l'occasion de deux cas observés dans son service, notre Maître, M. le Professeur Patel, nous conseilla de reprendre la question pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons pensé qu'il était logique d'entreprendre successivement l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, le tableau clinique, les moyens de diagnostic et le traitement de ces ruptures.

Tel sera l'ordre de notre travail.

Considérations sur la structure de la rate

La rate est extrêmement friable ; c'est certainement le plus mou et le moins résistant des organes glandulaires. Elle se laisse facilement écraser par les doigts. Cette friabilité explique l'existence de ruptures plus ou moins étendues et l'état de bouillie dans lequel on la trouve parfois à la suite de contusions abdominales ; elle permet encore de comprendre la naissance de l'hématome traumatique, qui ne pourrait se produire sur un tissu dense et résistant comme celui du foie par exemple.

La rate est aussi un organe très vascularisé, donc très propice aux hématomes et l'hémorragie d'une rate rompue est toujours très abondante.

L'enveloppe fibreuse de la rate (capsule de Mal-

pighi) adhérant directement au parenchyme splénique est très mince. Cependant, elle est solide et elle peut résister à des traumatismes amenant la destruction parfois totale du tissu splénique.

La rate est à l'intérieur d'une loge comprenant trois parois, une base et un sommet. La paroi antéro-interne comprend le corps et la grosse tubérosité de l'estomac. La base est formée par l'extrémité gauche du colon transverse et le ligament phréno-colique gauche. La paroi externe est constituée par la concavité de la coupole diaphragmatique. La paroi postéro-interne est formée par le relief de la partie supéro-externe du rein gauche. Le sommet de la loge est formé par la rencontre de l'estomac avec le rein gauche.

Une hémorragie venant de la rate s'épanche dans cette loge et peut s'y collecter.

Il résulte de ces considérations anatomiques que l'hématome à l'intérieur et l'hématome entourant l'organe ne peuvent exister que pour la rate et on verra ultérieurement que c'est pour ces raisons que seule la rate donne des hémorragies retardées.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

La rupture traumatique de la rate avec hémorragie retardée est la conséquence d'un choc violent porté sur la région splénique. Les observations montrent qu'il s'agit avec un maximum de fréquence, de coups de pied de cheval, de tamponnements entre des wagons ou de chutes d'un lieu élevé.

Les altérations pathologiques de la rate ne paraissent jouer aucun rôle dans cette forme de rupture et, sans vouloir interdire ce processus à une rate malade, peut-être trop hypertrophiée ou trop friable, nous nous bornerons à constater simplement que dans tous les cas jusqu'à maintenant signalés, le traumatisme ne s'est jamais adressé qu'à des rates saines.

Comment donc se produisent ces traumatismes de la rate ?

Depuis longtemps on les a classés en deux catégories : traumatismes directs et traumatismes indirects.

TRAUMATISMES DIRECTS. — Ce sont ceux qu'on observe dans la grande majorité des cas : coups et chocs frappant directement la région splénique au cours d'un tamponnement de l'hypocondre gauche, par exemple.

Le traumatisme pourra contusionner ou rompre la rate par trois mécanismes différents : écrasement, éclatement, arrachement.

L'écrasement aura lieu quand la rate sera projetée contre un plan résistant (paroi costale ou colonne vertébrale), et la région de la rate qui subira ce choc sera lésée.

L'éclatement sera en cause lorsque, vis-à-vis d'un coup bien localisé en un point de la rate, l'organe se comportera comme un récipient de liquide. La pression appliquée en ce point est transmise intégralement dans toutes les directions et l'organe éclate au point de moindre résistance.

L'arrachement se produit s'il existe des adhérences ; c'est un mode de rupture qui paraît d'ailleurs être rare dans les cas observés.

TRAUMATISMES INDIRECTS. — L'auteur anglais Durlabh (The Lancet, January 1929), signale que, même porté en un point quelconque de l'abdomen, un traumatisme peut rompre la rate et qu'en conséquence, dans toute contusion abdominale, il faudra toujours penser à la rate.

Potherat explique ainsi l'action du traumatisme indirect :

« Le coup porté sur l'abdomen, l'émotion aussi qui

l'accompagne, déterminent une vive et subite contraction de toute la ceinture abdominale, y compris le diaphragme et le plancher pelvien. Le sang, sous cette poussée venue du dehors, s'accumule dans les vaisseaux et plus encore dans un organe comme la rate, véritable éponge vasculaire. Il s'y accumule sous une pression assez forte pour provoquer une rupture du tissu splénique si friable et même de la capsule de l'organe, assez mince d'elle-même et peu résistante.

« Dans le cas d'une chute d'un lieu élevé, c'est un arrachement qui se produit par le phénomène de la vitesse acquise qui agit encore sur la rate alors que le corps est arrivé au bout de sa course. L'organe est arrêté dans sa progression par ses ligaments tendus à la limite de leur élasticité et qui arrachent les portions de rate sur lesquelles ils s'insèrent. »

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Les interventions ou autopsies pratiquées dans ces cas d'hémorragie tardive ont montré l'organe lésé sous divers aspects.

Dans le cas très particulier de Perrin, celui-ci se trouva en face d'une grosse rate d'apparence normale présentant une lésion capsulaire minime, alors qu'à l'intérieur il existait une véritable bouillie de caillots et de tissu splénique. L'examen de la pièce lui montra une capsule se vidant de son parenchyme dont on retrouvait quelques fragments à sa face profonde.

Un autre type de lésion est réalisé, dans le cas de Desjacques, par une grosse rate légèrement fissurée en plusieurs points et laissant sourdre un sang noir et épais. Elle contenait un gros hématome non encore extériorisé.

Plus fréquemment, la rate porte des fissures de 1, 2 ou 3 centimètres, linéaires, angulaires ou étoilées, siégeant à la convexité de l'organe, près du pôle infé-

rieur, assez rarement sur la face hilare. Sous la capsule et aussi entourant l'organe sont de gros caillots qui montrent un hématome intrasplénique rompu.

Dans un dernier type macroscopique également très fréquent (cas de Patel), la rate est fragmentée en deux ou plusieurs morceaux baignant au milieu des anses intestinales et la portion qui reste en rapport avec le pédicule ne présente souvent aucune lésion. Le péritoine peut ne renfermer que très peu de sang, l'hémorragie tardive restant localisée dans la loge splénique. Cette loge splénique, énormément augmentée de volume, est remplie de gros caillots noirs, les premiers en date, l'hémorragie tardive qui a infiltré et disloqué l'hématome étant représentée par du sang rouge.

Il résulte de cet aperçu macroscopique des rates rompues avec hémorragie tardive, que nous avons affaire à deux types principaux de lésions : rupture d'hématome intrasplénique et rupture d'hématome pérисplénique. Etudions, avec Camus, leurs caractères, tout en restant dans le vif de notre sujet.

HÉMATOME INTRASPLÉNIQUE. — Les hématomes intraspléniques sont de petites collections dont le volume est en raison directe des lésions vasculaires parenchymateuses. Leur siège est généralement périphérique ; c'est pourquoi Barallier les appelait sous-capulaires. La cavité de l'hématome est unique, car lorsqu'il existe primitivement plusieurs hématomes, ils deviennent confluent ; ses parois sont anfrac-

tueuses et irrégulières ; elle renferme des débris de parenchyme nageant au milieu de caillots sanguins.

La déchirure capsulaire revêt la forme d'un T, d'un V ou d'un Y et la capsule paraît décollée sur une grande étendue. Parfois même elle est rétractée, serrant le moignon de l'organe (cas de Demoulin).

Histologiquement, on constate que, même lorsqu'elle est très décollée, la capsule est toujours tapissée d'une mince couche de parenchyme splénique plus ou moins dilacéré. A la base d'implantation de l'hématome, on découvre des altérations causées par le processus qui a produit l'hématome. Les divers éléments du parenchyme sont infiltrés de sang.

HÉMATOCÈLE PÉRISPLÉNIQUE. — Ainsi appelé par Morestin qui y voyait des analogies avec les collections consécutives aux ruptures de la trompe gravide. Le fond de la loge splénique est rempli de caillots. Le péritoine est recouvert de fausses membranes et des adhérences pathologiques sont fréquentes : ainsi la rate peut être accolée au lobe gauche du foie par son pôle supérieur.

Si la rupture se fait en deux paliers, c'est-à-dire quand l'hématocèle est secondaire à une rupture d'hématome intrasplénique, la rate est sillonnée de larges fissures entre les lèvres desquelles sont des coagulums fibrineux et son parenchyme est très altéré.

Si, au contraire, la rupture est primitive, la rate est rompue en deux ou trois morceaux flottant dans le sang de la loge avec une capsule et un parenchyme intacts.

LÉSIONS ASSOCIÉES. — Dans toute rupture de la rate, le traumatisme a pu atteindre d'autres organes.

Les lésions du rein gauche, sur lesquelles Desjackets notamment insiste, sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles créent une réelle difficulté de diagnostic, car leur symptomatologie peut se superposer à celle de la rupture splénique et la masquer.

Il en est de même des fractures de côtes, également très fréquentes.

L'Anglais Durlabh signale la curieuse concomitance des fractures du crâne et des ruptures de la rate.

Enfin Quenu attire l'attention sur les fractures du membre supérieur gauche à tel point qu'il tient compte de leur existence pour le diagnostic positif.

CHAPITRE III

Pathogénie

Les signes d'hémorragie apparaissent à des dates plus ou moins éloignées du traumatisme : deux jours (Mac Cay, Page) ; neuf jours (Collinet et Folly) ; treize jours (Chaumel).

Comment expliquer cette apparition tardive ?

Beaucoup d'auteurs ont émis des théories dont la plupart sont basées sur des constatations d'intervention ou d'autopsie. Nous allons les indiquer sommairement en insistant toutefois sur celles qui sont actuellement admises.

Meunier, dans son rapport sur l'observation de Chaumel, qui, le premier, étudia la question, suggère cette première explication : au moment de l'accident, il se serait produit une hémorragie insuffisante pour amener une syncope ou une péritonite rapidement mortelles. Cette hémorragie se serait arrêtée par suite de la formation d'un caillot. Treize jours après, une seconde hémorragie serait survenue spontanément, amenant subitement la mort.

CRITIQUE. — Cette théorie n'a pas rencontré de vérification anatomo-pathologique et on comprend difficilement que, dans l'état de diffuence où se trouvait la rate, il se soit d'abord produit une petite hémorragie s'arrêtant d'elle-même pour reprendre treize jours plus tard.

Aussi Meunier invoque-t-il une deuxième interprétation qui se rapporte à la théorie générale de l'hématome intra-splénique que nous développerons ultérieurement.

THÉORIE DE LA RÉTRACTION DE LA CAPSULE (Demoulin)

Dans une observation de Demoulin, la rate était séparée en deux parties, dont l'une, en rapport avec le pédicule, était recouverte par la capsule recroquevillée sur le plan de rupture comme un capuchon et immobilisant au-dessous d'elle un certain nombre de caillots adhérents au parenchyme splénique.

Demoulin suppose que cette rétraction de la capsule dans laquelle s'accumulent les caillots est la cause d'une hémostase provisoire qui empêche l'apparition immédiate des signes d'hémorragie interne.

CRITIQUE. — Rien ne permet de nier l'existence de ce mode d'hémostase, mais il ne faut pas le généraliser puisqu'il n'a jamais été signalé que dans un cas.

THÉORIE INVOQUANT L'HÉMORRAGIE LENTE

(Laing, Ducuing)

Laing, d'après ses observations, admet que toutes les plaies donnent lieu à hémorragie tardive sont superficielles et que cette hémorragie n'est qu'une hé-

morragie lente, aucun vaisseau important n'étant intéressé.

CRITIQUE. — Ce raisonnement est radicalement démenti par l'expérience quant à sa généralisation. En effet, si dans les cas observés par M. Laing, les plaies n'intéressaient que la capsule, que dire des rates profondément fissurées avec rupture du pédicule qui donnent pourtant des hémorragies à longue échéance.

Ducuing, de Toulouse, pense aussi à l'hémorragie lente quand il parle des *ces fausses hémorragies tardives*. « Il se peut, dit-il, que, dans un certain nombre de cas et malgré l'absence absolue de signes cliniques, l'hémorragie primitive ne se soit jamais arrêtée. » Mais cet auteur, outre qu'il ne généralise pas cette explication, la place dans le cadre de l'hématome intra-splénique.

THÉORIE DE LA COAGULATION DU SANG INFLUENCE DE L'ABAISSMENT DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

Pour Neck, ce serait la coagulation du sang autour de la rate rompue qui arrêterait momentanément l'écoulement sanguin en obturant par des caillots le foyer de rupture. Cette hémostase durerait jusqu'à ce qu'un mouvement ou un effort du malade vienne déplacer le caillot.

Planson donne de ce phénomène l'explication suivante : L'abaissement de la pression artérielle que produit le choc nerveux détermine, au niveau de la lésion splénique, un ralentissement de l'écoulement sanguin qui favorise la formation de caillots qui,

bientôt immobilisés par la contracture musculaire, arrêtent momentanément l'hémorragie.

CRITIQUE. — La coagulation du sang est évidemment un des facteurs primordiaux du retardement de l'hémorragie, puisqu'au cours des interventions on trouve toujours des caillots obturant les plaies ; mais pour que ces caillots aveuglent les vaisseaux béants, il leur faut un point d'appui solide que la contracture musculaire n'assure pas. En effet, le choc nerveux et la contracture musculaire sont communs à d'autres ruptures d'organes et ne donnent cependant pas lieu à des hémorragies retardées.

THÉORIE DE L'HÉMATOME INTRA-SPLÉNIQUE

C'est celle qui, admise par la plupart des auteurs, répond au plus grand nombre de cas.

La rupture de la rate se fait en deux temps. Le traumatisme initial ne détermine qu'un écrasement sous-capsulaire donant lieu à un gros hématome intra-splénique. Le deuxième temps est la rupture de la capsule. Elle est due : soit à une augmentation de volume de l'hématome si on admet que la rate saigne encore sous la capsule ; soit à un travail inflammatoire de l'enveloppe de la rate qui l'affaiblit ; soit enfin au fait que la capsule, séparée de la masse splénique et privée de tout apport nutritif depuis un temps plus ou moins long, voit sa résistance diminuée (Ducuing).

Toujours est-il que la capsule se rompt dans le deuxième temps et alors, l'hémorragie, qui était complètement arrêtée, reprend, parce que les caillots qui

comprimaient le parenchyme n'exercent plus le rôle de tampon sur les surfaces saignantes.

Cas de Perrin (de Lyon). — Il s'est trouvé en présence d'un broiement complet du parenchyme avec lésion capsulaire minime et interprète ainsi le mécanisme du retardement : « Qu'un fragment d'épiploon, dit-il, qu'un organe voisin vienne s'appliquer sur cette brèche minime, le mécanisme de limitation temporaire de l'hémorragie est réalisé. Et si le développement de l'hématome intra-splénique arrive à faire éclater une capsule intacte, a fortiori, il forcera la barrière d'une fissure capsulaire momentanément obturée. »

Ce cas nous apparaît comme une modalité de la théorie précédente.

THÉORIE DE LA RUPTURE SECONDAIRE D'HÉMATOCÈLE PÉRI-SPLÉNIQUE

Bien que s'appliquant à la plupart des cas, la rupture secondaire d'un hématome intra-splénique ne saurait cependant les expliquer tous. En particulier, ceux où les symptômes alarmants n'apparaissent que plusieurs heures après l'accident, alors que la rate est divisée en plusieurs parties libres dans l'abdomen. Il faut donc ici faire appel à d'autres facteurs pour expliquer les formes retardées.

Dans un cas tout à fait remarquable par la durée du silence hémorragique, M. Patel se trouva en présence d'une rate entièrement rompue en deux morceaux. La constatation d'une matité faisant croire à une pleurésie et la gravité foudroyante de l'hémorra-

gie lui ont permis de penser à une hémorragie qui s'est produite primitivement dans la loge splénique. Celle-ci s'est distendue progressivement et a cédé à sa partie inférieure.

Et cela se conçoit clairement lorsqu'on tient compte de l'anatomie de la loge.

Si les parois de cette loge sont réellement résistantes en haut, en dehors, en avant et en arrière, elles sont essentiellement souples et molles en dedans et en bas. Ells présentent un hiatus obturé lui-même par la face postérieure de l'estomac et du côlon. Ces organes, pour peu qu'ils soient distendus par leur contenu liquide et gazeux, constituent un obstacle suffisant pour arrêter momentanément l'hémorragie qui se forme dans la loge sous forme de caillots obstruant l'entrée de cette loge. C'est seulement quand la loge est remplie de caillots sous tension, qu'à la faveur d'un effort de toux ou de défécation, l'hémorragie filtre au delà et envahit la grande cavité péritonéale, entraînant une symptomatologie dramatique.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Nous décrirons trois phases symptomatiques : une période de début ou de choc traumatique ; une période intermédiaire souvent silencieuse pouvant durer de un à quinze jours pendant laquelle l'état du malade paraît s'améliorer ; une période terminale d'hémorragie tardive.

PÉRIODE DE CHOC

A la suite d'un traumatisme de l'hypocondre gauche (coup de pied de cheval ou chute), le malade ressent dans cette région une douleur vive irradiée à l'épaule gauche. L'examen du malade montre les phénomènes de choc et d'émotion violente : hypotension artérielle, abaissement de la température, petitesse et fréquence du pouls, pâleur, respiration rapide et superficielle, phénomènes qui se dissipent rapidement. La syncope fréquente amène la perte de connaissance avec chute du malade à laquelle on a parfois attribué

à tort la rupture splénique. Cette période souvent fruste excède rarement vingt-quatre heures. L'état général se rétablit rapidement et le malade peut vaquer à ses occupations, à moins qu'une lésion concomitante, fracture de l'humérus ou fracture de côte, le retienne au lit.

PÉRIODE INTERMÉDIAIRE OU LATENTE

Sa durée est extrêmement variable : quatre, cinq, dix, quinze jours. Il importe alors de faire le diagnostic, car c'est à ce moment que l'intervention a le plus de chances de succès.

Un silence symptomatique complet la caractérise souvent, témoins l'enfant dont M. Perrin rapporte l'observation, qui jouait, mangeait, dormait normalement sans se plaindre, et le malade de Chaumel qui avait été autorisé à quitter l'hôpital. Cependant, il existe souvent de nombreux petits signes d'inégale valeur, dont aucun n'est pathognomonique, mais qui peuvent permettre de faire un diagnostic de probabilité.

Signes fonctionnels : Ce sont, en général, des sensations de pesanteur et de gêne dans l'hypocondre gauche, ainsi qu'une certaine sensibilité à la pression.

Signes physiques : A l'inspection, on a vu dans quelques cas une légère tuméfaction de l'hypocondre gauche, généralement précédée d'une rétraction du ventre due à la contraction des muscles abdominaux. La respiration peut revêtir le type costal supérieur, la région de l'hypocondre gauche paraissant immobilisée.

La palpation permet de déceler la contracture qui est le symptôme le plus important de tous. Elle coïncide souvent avec la douleur et la sensibilité. Si elle persiste dans l'hypocondre gauche alors que tout le reste de l'abdomen a retrouvé sa souplesse, il ne s'agit plus alors d'une simple contusion. Dans ce cas, la contracture est un des signes qui suffisent à commander l'opération.

Les signes physiques d'épanchement sont d'un secours incertain, soit qu'ils apparaissent trop tard, à la période d'hémorragie, soit que le météorisme les masque. Cependant, dans un cas de M. Patel, la matité était telle qu'elle fit croire à une pleurésie.

De même on a pu observer l'abolition du murmure vésiculaire à la base gauche.

Signes généraux : Les modifications du pouls ont une valeur séméiologique discutée.

Quenu considère qu'il ne faut demander au pouls aucune indication pendant la période de latence. Durlabh prétend avoir trouvé beaucoup de ruptures spléniques sans altération du pouls.

Mais pour les autres auteurs, notamment MM. Perin et Fiolle, le pouls reste entre 80 et 90, et son accélération progressive, associée à une baisse de la tension artérielle, a une valeur considérable.

La température est presque toujours modifiée sous l'aspect de légers accès fébriles vespéraux, quotidiens, oscillant autour de 38°.

PÉRIODE D'HÉMORRAGIE TARDIVE

C'est brutalement, à la suite d'un effort, ou même spontanément, que le drame abdominal d'hémorragie interne survient.

Suivant la rapidité de l'évolution, nous distinguerons trois formes :

Forme foudroyante : Sa symptomatologie est celle d'une hémorragie interne banale mais foudroyante. Les symptômes généraux seuls, existent (faciès exsangue, pouls incomptable, syncope). Le blessé est enlevé en quelques minutes par une anémie suraiguë. C'est le cas du malade de Chaumel qui, se croyant guéri, tombe mort en franchissant la porte de l'hôpital.

Forme rapide : C'est le cas commun. Le syndrome d'hémorragie interne coexiste avec le syndrome d'inondation péritonéale (matité dans les flancs, contracture, vomissements, arrêt des matières et des gaz). Le blessé meurt, soit en quelques heures, soit dans la journée, au cours d'une syncope.

Forme lente : Le tableau clinique est complet et tous les signes qui peuvent exister à l'état fruste, au cours de la période de latence, apparaissent dans toute leur acuité. Ce sont les cas exposés dans les observations I et II de M. Patel.

On observe constamment une vive douleur dans l'hypocondre gauche, parfois en coup de poignard faisant songer à une perforation d'organe creux par chute d'une escarre, et s'irradiant vers l'omoplate et l'épaule gauches. Les signes physiques dominent la scène. Ce sont des signes d'épanchement dans l'hypo-

condre gauche (matité, contracture, obscurité respiratoire). Les signes généraux sont moins accentués que dans les deux autres formes ; néanmoins, le pouls est rapide et le malade est sujet aux syncopes. L'évolution peut durer, un, deux et même trois jours.

CHAPITRE V

Pronostic

L'évolution naturelle des ruptures de la rate est fatale si l'on n'intervient pas. Il est possible qu'à la suite d'une contusion légère, l'hématome produit puisse se résorber, mais l'expérience a montré que le malade qui ne présente aucun symptôme alarmant pendant plusieurs jours est à la merci d'une hémorragie tardive qui le tue rapidement. Le pronostic d'un traumatisé de l'hypocondre gauche doit donc rester très réservé.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic de la rupture de la rate est toujours difficile pendant la période de latence et bien souvent l'hématome produit reste ignoré. Collin n'hésite pas à déclarer qu'il n'a jamais pu que le soupçonner. C'est pourtant à cette période qu'il importe de le poser pour opérer le malade avant qu'il ne saigne.

DIAGNOSTIC POSITIF

La notion de traumatisme plus ou moins violent de l'hypocondre gauche s'accompagnant d'une certaine sensibilité de cette région devra faire penser à la rupture de la rate.

Une contracture persistante prédominant à gauche, associée à une légère accélération du pouls, commandera l'opération, surtout si la température oscille autour de 38°.

Il sera prudent d'intervenir sur ces seuls signes,

avant que l'hémorragie soit déclarée. Attendre davantage serait s'exposer à arriver trop tard.

La radioscopie est d'un grand secours lorsqu'on est aiguillé par les quelques symptômes précédents. On sait que normalement la rate est perméable aux rayons. Dans le cas de l'hématocèle péri-splénique, la collection sanguine sera dessinée par une tache noire, opaque, qui donnera une idée assez exacte de sa forme et de son étendue dans l'hypocondre gauche. En haut, le diaphragme gauche pourra être relevé et diminué dans son incursion, parfois même immobilisé.

La ponction exploratrice, préconisée par nombre d'auteurs, nous paraît devoir être rejetée formellement. Elle offre autant de chances d'infection qu'une laparotomie et ne donne pas, tant s'en faut, les mêmes renseignements.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Lors de la période intermédiaire, on peut avoir à éliminer quelques affections.

L'immobilité du thorax à gauche, la contraction des muscles de la région, peuvent faire penser à une fracture de côte, coexistant d'ailleurs souvent, comme on le sait, avec une rupture splénique, mais la crépitation, la douleur exquise au foyer de fracture, feront le diagnostic.

Une matité remontant très haut sur le thorax et s'accompagnant d'un point de côté, comme c'est le cas dans l'observation n° I de M. Patel, peut faire croire à une pleurésie. On peut néanmoins penser qu'en géné-

ral, la toux, l'état infectieux du malade et la radioscopie mettront sur la voie.

A la période d'hémorragie tardive, on peut se trouver en présence de signes de péritonite et d'hémorragie interne suivant la forme clinique. Le syndrome de péritonite peut résulter de la perforation tardive d'un organe creux (estomac, vésicule, intestin), par chute d'une escarre à la suite d'une contusion de l'abdomen. Mais l'absence de signes d'hémorragie interne élimine ces affections.

L'hémorragie interne peut être due à la rupture traumatique d'un viscère plein (foie, pancréas, rate) ; mais aucun de ces viscères, sauf la rate, ne donne d'hémorragie tardive.

Le diagnostic reste à faire avec la rupture de grossesse tubaire. La palpation de l'abdomen et le toucher vaginal seront suffisants pour les différencier.

Nous estimons d'ailleurs superflu, dans ce cas, de rechercher longuement le siège de la lésion. En effet, pratiquement, la laparotomie d'urgence s'impose, soit qu'on ait à boucher la lésion perforante du viscère creux, soit qu'on ait à faire l'hémostase. Et, on reconnaît au cours de l'intervention, le siège de la perforation ou de l'hémorragie.

CHAPITRE VII

Traitement

Nous envisagerons surtout les indications thérapeutiques.

Trois cas peuvent se présenter.

I. — LE DIAGNOSTIC N'EST PAS FAIT

C'est le cas fréquent où la période de latence se traduit par un silence symptomatique complet et où l'on possède juste la notion du traumatisme. Il conviendra d'instituer un régime prophylactique qui consistera à garder couché à l'hôpital, soigneusement surveillé, tout traumatisé de l'hypocondre gauche, *pendant quinze jours*, la période de latence dépassant rarement ce délai.

II. — LE DIAGNOSTIC EST HÉSITANT

Chaque fois qu'après un traumatisme de l'hypocondre ou de la base thoracique gauches, on

réveillera une sensibilité et une contracture légères, on recherchera les signes d'épanchement chez ce malade, et on le fera passer à la radio. Si ces recherches sont négatives, on continuera à le surveiller.

La moindre accélération du pouls, s'associant à la contracture, dictera l'intervention d'urgence. On pratiquera alors une laparotomie exploratrice, et si on reconnaît que la rate est atteinte, on branchera secondairement une incision transversale à gauche et l'on pratiquera la splénectomie.

III. — LE DIAGNOSTIC EST FAIT

C'est le cas le plus rare. Lorsqu'il y a sensibilité, contracture, température, accélération du pouls, signes d'épanchement, et surtout lorsque la radio aura montré une collection sanguine, on pratiquera la seule opération à envisager : la splénectomie.

La splénectomie est le meilleur traitement, parce que, comme le dit Quenu, l'indication fondamentale étant l'hémostase, seule la splénectomie donne une hémostase sûre, complète et définitive,

Les méthodes conservatrices, peut-être plus séduisantes, sont dangereuses.

La splénographie est précaire, car, sur un tissu aussi friable, les fils coupent dès qu'on les serre.

Le tamponnement est inefficace à cause de la mobilité de l'organe, à moins de remplir la plaie de gaze et d'encourir alors d'énormes risques de suppuration.

L'incision de choix, donnant le meilleur jour sur la région splénique, sera la grande incision transversale préconisée par Ruggi. Le sujet sera couché en décu-

bitus latéral droit sur un gros coussin ou sur un drap roulé. Pendant et après l'opération, il faudra naturellement faire des injections de sérum et, si on le peut, on pratiquera la transfusion du sang.

Résultat de la splénectomie

Chez les splénectomisés, on observe après l'opération une anémie avec résistance globulaire normale, un abaissement important du taux de l'hémoglobine, une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire.

Ces modifications sont passagères et l'équilibre, dans la plupart des cas, est rétabli au bout de quelques mois.

On a insisté sur la diminution de résistance de tels malades à l'infection. En réalité, la moelle et les organes lymphoïdes suppléent en grande partie la rate au point de vue de l'hématopoïèse, et Richet a montré que si la rate était utile par le rôle qu'elle joue dans l'assimilation des hydrates de carbone, elle n'était pas un organe indispensable.

CHAPITRE VIII

Observations

OBSERVATION I

(M. PATEL, de Lyon)

Le 21 décembre 1922, un homme de 35 ans, très vigoureux, plutôt gras, pesant au voisinage de 100 kilogrammes, fait une chute de motocyclette. Son véhicule ayant dérapé alors qu'il marchait à une assez vive allure, il fut violemment projeté sur le côté gauche du corps. M. Guillon, qui le vit après l'accident, ne constata aucune fracture de côte, mais simplement des signes légers et pensa à une simple contusion. Le blessé fut laissé au repos se plaignant d'endolorissement du côté gauche. Les jours suivants, l'état devint rapidement meilleur ; l'appétit reprit ; le blessé se leva et pu s'occuper de ses affaires. Le lundi 1^{er} janvier 1923, il déjeunait de bon appétit et sortait dans l'après-midi. Le lundi, à 10 heures du soir, il ressentit une très vive douleur dans la partie supérieure gauche de l'abdomen, accompagnée, dit-il d'une sensation de déchirement. Perte de connaissance, malaise général, quelques vomissements. Le mardi 2 janvier

1923, au matin, M. Guillon le vit et constata des modifications profondes dans son état. Il existait surtout des phénomènes dyspnéiques qui retinrent un moment l'attention du côté gauche. L'un de nous fut appelé à voir ce malade le soir même à 5 heures ; à ce moment, l'état était des plus caractéristiques et il n'y avait aucun doute sur l'existence d'une hémorragie interne grave ; le teint était blanc pâle, les conjonctives palpébrales et les lèvres décolorées ; le pouls petit, filant, presque incomptable ; sueurs froides, pas de température, respiration superficielle, conservation de l'intelligence.

L'examen de l'abdomen montrait un léger météorisme pas de résistance de la paroi sauf dans l'hypocondre gauche plus tendu et plus voussuré ; matité légère dans toute la paroi latérale gauche de l'abdomen. Auscultation négative ; pas de matité pleurale.

Ce tableau clinique et les antécédents du malade imposaient l'idée d'une rupture secondaire d'un viscère de la moitié supérieure gauche de l'abdomen avec déchirure artérielle importante. L'absence de réaction péritonéale faisait éliminer le diagnostic de perforation intestinale ou stomacale. L'hypothèse la plus vraisemblable était celle de la rupture de la rate ou d'un gros vaisseau. Immédiatement des injections de sérum furent pratiquées et l'opération fut commencée une demi-heure après le début de l'examen. Sous-anesthésie à l'éther, longue incision transversale partant de la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic et atteignant le bord inférieur du thorax gauche. Aussitôt après l'ouverture du péritoine, il s'échappa une énorme quantité de sang, paraissant venir de la loge splénique ; il était difficile de l'évaluer, mais nous n'en avons jamais autant vu, même dans les ruptures de grossesse tubaire avancée. L'opérateur plongea aussitôt la main dans la loge splénique et ramena une rate sectionnée en deux parties à

peu près égales par un trait transversal ; l'artère splénique saignait à flots ; ligature rapide du pédicule. A ce moment, le malade est pris d'une syncope et meurt sur la table d'opération.

L'examen de la pièce montre que la rate est rompue complètement par un trait irrégulier qui part du pédicule et la sépare en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure. La déchirure paraît avoir été nette. La rate entière est un peu plus grosse qu'une rate normale ; la capsule est intacte et se sépare facilement du tissu sous-jacent.

OBSERVATION II

M. PATEL, de Lyon.

Rupture d'hématome intra-splénique

Un jeune homme de 18 ans, a fait une chute de motocyclette, le dimanche matin 28 avril 1929, à 7 heures. Il tombe sur le côté gauche au niveau du trottoir et se fait une plaie à l'arcade sourcilière gauche et ressent en se relevant, une douleur du côté du thorax gauche. Il fait un trajet d'un kilomètre environ, à pied et vient à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu. Là, on désinfecte la plaie de la face ; on ne relève aucun autre signe inquiétant et le blessé repart à pied.

Dans la nuit suivante, il ressentit une douleur assez forte dans l'hypochondre gauche, reste couché les 2 jours suivants et trois jours après son état paraît tellement rassurant que son médecin lui conseille de se lever pour dîner.

Le vendredi 2 juin, la douleur dans l'hypochondre gauche réapparaît plus forte et le blessé arrive le même

jour dans mon service. On constate chez lui aucun signe grave d'hémorragie interne ; pas de contracture abdominale ; pas de douleur très vive au niveau de l'abdomen. Glace sur le ventre et opium.

Le samedi matin 3 juin, la situation a changé, le blessé est pâle ; le pouls qui était à 90 la veille, est à 120 ; on reconnaît une résistance beaucoup plus forte dans l'hypocondre gauche. L'intervention est immédiatement décidée.

Intervention : Je fais une laparotomie sus-ombilicale médiane ; du sang se montre dans le ventre. Pensant à une lésion de la rate, je branche sur une incision première une seconde incision perpendiculaire, allant jusqu'à l'extrémité intérieure de la 10^{me} côte gauche. La main plongée dans l'hypocondre gauche ramène une rate volumineuse, dans une capsule déchirée en plusieurs points. Splinectomie. Fermeture complète de l'abdomen.

Suites opératoires : Les suites opératoires furent simples : le pouls remonta assez vite et devint rapidement bien frappé.

Les numérations globulaires pratiquées à divers intervalles montrèrent une récupération bonne de la valeur du sang.

	10 Mai	14 Mai	22 Mai
Globules rouges ...	2.500.000	2.850.000	7.200.000
Hémoglobines	55 %	60 %	75 %
Valeur globulaire ..	0,95	1	1
Globules blancs ...	15.000.	14.000	12.500
Formule leucocytaire	Polynucléaires 40 %	Normale	Normale
	Mononucléaires 14 %		
	Lymphocytes 46 %		

Le malade est aujourd'hui entièrement guéri.

Examen de la pièce. La rate est très volumineuse, son poids est de 250 grammes... sa capsule est fissurée et déchirée en de multiples points ; à l'intérieur il existe des collections sanguines, quelques-unes volumineuses.

Dans ce cas, il semble, que l'on ait assisté à la production d'hématomes intra-spléniques qui se seraient rompues de façon tardive.

OBSERVATION III

M. PERRIN, *de Lyon*

G..., 33 ans, aviateur, victime d'un capotage à l'atterrissage. Est amené sans connaissance à l'A. O. E. de Fleury. Les phénomènes de choc dissipés, mon attention se porte surtout sur l'hémithorax gauche où les signes de fracture de côte sont manifestes. Je note cependant un certain degré de contracture généralisée, mais les phénomènes abdominaux disparaissent complètement alors que se produit un hémithorax manifeste. Le pouls oscille entre 90 et 100, mais je mets le fait sur le compte du poumon et de la plèvre, d'autant plus que la température varie entre 37° 8 et 38° 3.

Dans la matinée du sixième jour, je suis frappé de la pâleur plus grande du blessé qui a le visage anxieux et couvert de sueur. L'hémithorax n'a pas augmenté, mais tout l'abdomen est en état de défense. Cependant à aucun moment le malade n'a accusé de douleur brusque ; le pouls est à 120 et assez bien frappé. Je fais le diagnostic d'hémorragie interne sans m'expliquer davantage l'origine et décide d'intervenir. L'état s'aggrave de minute en minute pendant les préparatifs de l'intervention.

Laparotomie médiane sous un minimum d'anesthésie.

Le ventre est rempli de sang et de caillots. Je mets quelques instants à constater que l'hémorragie vient de la partie supérieure gauche de l'abdomen. Branchant alors une incision transversale sur la laparotomie médiane, je me porte sur la rate où je ne trouve qu'une fissure de 2 ou 3 centimètres sur la face externe.

Je veux l'obturer par suture, mais la capsule se déchire ; des caillots et du sang rouge s'échappent en abondance.

Splénectomie.

Mort une heure après l'intervention.

OBSERVATION IV

(M. PERRIN, de Lyon)

Un jeune garçon de 14 ans tombe d'un mât de cognac au cours d'une fête villageoise. Je le vois deux heures plus tard à l'hôpital où il a été transporté. L'abdomen ne présente pas de défense bien accusée. Le pouls est bon à 88. Le faciès, bien qu'un peu pâle, n'est pas inquiétant ; la respiration est gênée mais il y a eu un violent traumatisme thoracique. Je me crois autorisé à temporiser. Pendant huit jours, ce malade va de mieux en mieux. Cependant je note la persistance de contracture dans l'hypocondre gauche. Brusquement dans la nuit du huitième au neuvième jour, douleur atroce en coup de poignard faisant songer à la perforation d'un organe creux par chute d'une escarre. Etat général très grave, pâleur, li-thymie, etc...

Intervention d'urgence par la laparotomie latérale gauche. Issue d'une grande quantité de sang noir avec de nombreux caillots. La rate est difficile à extérioriser perdue dans des caillots plus anciens. Mais je me rends

compte que c'est elle qui saigne, et, branchant une incision sous-costale sur la première verticale, je peux l'amener au dehors et l'enlever rapidement. Elle présente une déchirure étoilée de la face interne et, à la coupe, n'est plus représentée que par des caillots noirâtres au milieu desquels il est assez difficile d'identifier les débris de pulpe splénique.

Guérison malgré un foyer pleuro-pulmonaire à évolution sévère.

OBSERVATION V
M. PERRIN, de Lyon
(*Lyon-Chirurgical*, 1925)

Léon L..., âgé de 8 ans, tombe le 18 juillet 1924, d'une balançoire sur un banc et se reçoit sur le ventre. Courte période de commotion; puis l'enfant revient à lui, se plaignant du ventre, mais il refuse de se coucher et recommence même à s'amuser une heure après, si bien que les parents renoncent à leur intention d'appeler le médecin.

Les trois jours qui suivent, se passent sans aucun incident; l'enfant est gai, s'amuse et ne se plaint nullement du ventre malgré les interrogations répétées de sa famille. Le 22 juillet au matin, l'enfant se lève comme d'habitude mais refuse de déjeuner. Il est pâle et a des nausées. On me fait appeler auprès de lui deux heures plus tard. Je le trouve au lit, très pâle, avec de la contracture abdominale, surtout marquée à gauche. Température 36° 5, pouls peu tendu.

En présence de ces symptômes, je pensai immédiatement à une rupture de la rate avec hémorragie retardée et décidai une intervention d'urgence. Celle-ci ne put

être pratiquée qu'au début de l'après-midi pour des raisons indépendantes de ma volonté et à ce moment, quatre heures après le début des accidents d'hémorragie interne, l'état du malade était devenu très alarmant ; le pouls était presque incompressible et il avait eu deux syncopes pendant le transport à la clinique.

Sous anesthésie à l'éther, laparotomie sous-costale gauche transversale. Dès l'ouverture du péritoine, sang et caillots s'échappent en abondance. Je récline en dedans la masse intestinale et me porte sur la rate que j'extériorise facilement. Celle-ci présente à sa surface une fissuration étoilée de sa capsule, par laquelle s'échappent du sang des caillots et des fragments spléniques ; la capsule se vide en quelque sorte de son contenu.

Splénectomie facile. Guérison sans incident.

OBSERVATION VI

M. DESJACQUES, de Lyon

P... Auguste, 18 ans, fait une chute du haut d'un chariot de foin, le 4 septembre 1929 à 18 heures. Il tombe à plat sur l'abdomen, ressent une vive douleur abdominale qui progresse dans la suite, mais il ne perd pas connaissance. Il est amené à l'infirmerie de porte de l'Hôtel Dieu le 5 septembre dans l'après-midi. Il souffre beaucoup au niveau de l'abdomen ; il a des nausées, il n'est pas allé à la selle depuis l'accident.

A l'examen, l'abdomen est uniformément météorisé, respirant mal. La percussion le révèle. Au palper, la paroi est très contracturée ; il est impossible de la dé-

primer. La pression est extrêmement douloureuse. La température est à $37^{\circ}7$. Le pouls est bien frappé à 90 ; le malade est bien coloré. Par ailleurs, on trouve des signes de fracture au niveau de la sixième côte gauche. L'intervention est décidée immédiatement ; on pense plutôt à la possibilité de lésion intestinale, étant donné qu'il existe des signes de réaction péritonéale et aucun signe d'hémorragie interne.

Une courte laparotomie médiane sous-ombilicale montre la présence de sang libre au milieu des anses grêles. Une exploration de l'étage sous-mésocolique de l'abdomen montre que là n'est pas la cause de cette hémorragie. L'incision est agrandie vers le haut ; une main introduite dans l'hypocondre gauche sent que la rate est augmentée de volume, mais elle ne semble pas rompue. L'incision agrandie, devenue sus et sous-ombilicale, montre que le foie n'est pas rompu. On revient alors à la rate ; pour la voir, toute l'épaisseur de la voie abdominale est coupée de l'ombilic en direction de la dixième côte. La rate extériorisée est très nettement augmentée de volume et de plus elle est fissurée en trois points sur une longueur de quatre à cinq centimètres, laissant suinter du sang. Une splénectomie est pratiquée suivant la technique classique et sans incident. La paroi est refermée en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires sont simples ; la température de $38^{\circ}5$ est revenue progressivement à la normale et la paroi s'est cicatrisée par première intention.

Examen de la pièce : la rate pèse près de 300 grammes ; la pulpe splénique est remplacée par un amas de caillots de sang. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une rate antérieurement malade et on n'a relevé aucun antécédent pathologique chez notre malade.

OBSERVATION, VII

(M. BERTRAND, de Lvov)

M... André, âgé de 17 ans, tomba d'un toit d'une hauteur de 7 à 8 mètres, sur l'épaule gauche, le 8 mars 1930.

A l'examen on constate un gonflement du moignon de l'épaule, une douleur à la mobilisation et à la palpation, gênant l'examen. Néanmoins il ne semble pas y avoir de luxation.

La radiographie montre une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche.

A l'extérieur, le malade est très pâle, le pouls rapide. Les signes de choc s'atténuent pendant quelques jours ; mais le 16 mars 1930, le malade a une tendance syncopale et on pense à une rupture de la rate. On intervient d'urgence le 16 mars ; on fait une laparotomie sus et sous-ombilicale sur laquelle on branche secondairement une incision à la Rio Branco. Splénectomie. Fermeture totale.

L'examen de la rate montre : des hématomes intraspléniques, des déchirures au niveau du hile et du tiers postérieur de la rate.

OBSERVATION VIII

(CHAUMEL, *Bull. et Mém. de la Soc. d'Anatomie*, 1863)

Bunch Georges, âgé de 52 ans, journalier, entre le 10 mars 1863, à la Charité. La veille de son entrée, il a été frappé par un moellon qui, tombant du quatrième étage, a ricoché jusqu'à lui et l'a atteint dans la région des reins. Après une perte de connaissance qui a peu duré,

le blessé a uriné du sang et a ressenti des douleurs très violentes dans la région atteinte. A son entrée, on est frappé de sa pâleur. Il souffre vivement dans le flanc gauche et cette souffrance augmente par la pression. Il n'y a pas d'ecchymose. La face n'est point altérée malgré sa pâleur. Le pouls est fréquent, peu développé, et s'accélère légèrement le soir. La respiration est également fréquente et pénible et on distingue difficilement le murmure vésiculaire. Il y a de la toux et des crachats muqueux. On constate au microscope qu'il existe de l'hématurie. Du 12 au 14 mars, l'état reste à peu près le même; la douleur persiste avec une légère diminution. Les jours suivants, le malade semble se trouver un peu mieux, mais il se rend mal compte de son état. Il a un peu de diarrhée. Le 19 mars, les urines sont redevenues claires et l'hématurie a complètement disparu. Le malade se lève, mange et parle de son projet de départ. Le 22, il prétend se sentir assez bien pour sortir. Il achèvera, dit-il, sa guérison chez lui. On lui accorde son exeat ; il se lève, s'habille et descend, mais à peine a-t-il franchi le seuil de la porte, qu'il s'affaisse sur lui-même et meurt au milieu d'une syncope.

Autopsie : on pratique une grande incision qui va jusqu'au pubis. On aperçoit dans l'hypocondre gauche un caillot considérable de sang noir qui masque la rate tout entière. En décollant le péritoine de la partie postérieure de l'abdomen, après avoir coupé les insertions du diaphragme et détaché la masse intestinale, nous trouvons dans leurs rapports normaux la rate, l'estomac, le foie, les reins. La rate a le double de son volume normal ; son tissu est extrêmement friable et ce n'est qu'avec beaucoup de précautions que nous avons pu l'arracher sans la déchirer : on sent que le tissu est broyé dans son enveloppe. Vers le sommet, c'est-à-dire vers cette portion qui est en rapport avec le diaphragme, on voit une déchi-

rure de 4 centimètres de diamètre par laquelle s'échappe le tissu de la rate et en communication avec le caillot dont nous avons déjà parlé. Ce caillot est infiltré dans l'épiploon gastro-splénique. Il présente quelques-uns des caractères des caillots anciens et il est en partie fibrineux. Dans les points qui sont en rapport avec l'extrémité supérieure de la rate, on trouve le péritoine épaissi et recouvert de fausses membranes. Les vaisseaux de la rate et du foie sont parfaitement sains. A la face inférieure du diaphragme sont de fausses membranes épaissies interposées entre le péritoine de cette portion du diaphragme et l'extrémité supérieure de la rate. On retrouve dans le parenchyme splénique la disposition signalée par M. Vigla. Il semble que ce tissu soit composé par deux couches superposées, la superficielle réduite en bouillie semblable à un caillot mou et diffluent, l'autre profonde et moins altérée. Cette lésion, dit M. Vigla, paraît être une apoplexie interstitielle sans déchirure de tissu.

OBSERVATION IX

PÉTRIDIS, *Bull. Soc. Anat.*, 1921)

H..., 50 ans, matelot, entre à l'hôpital pour contusion du rachis à la suite d'une chute d'une petite hauteur. On trouve un faciès exprimant la souffrance, les muqueuses un peu pâles, un souffle et de la matité à la base de l'hémi-thorax gauche. Aucun soupçon de lésion splénique. Le sixième jour, l'amélioration s'est sensiblement accrue.

Le lendemain, le malade demande à se lever et à marcher. Le dixième jour, à la visite du soir, il dit : « Docteur, je me sens bien ; donnez-moi à manger, mais enle-

vez-moi cette douleur » ; et il montre la base de l'hémi-thorax gauche le long de la région axillaire. Dans la nuit, il est pris de douleurs de plus en plus intenses ; elles deviennent si fortes qu'il s'évanouit. Quelques injections cardiotoniques le raniment. Mais, vers le matin, on trouve le malade sans connaissance, le visage cyanosé.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen, sang en abondance ; l'arrière cavité des épiploons est remplie de sang fluide. On parvient à isoler la rate, très volumineuse et profondément altérée. La pulpe est très friable et se laisse déchirer sous le doigt sans difficulté.

OBSERVATION X

(DEMOULIN)

(*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1901)

Le 15 septembre 1895, je fus appelé comme chirurgien de garde dans le service de Tillaux, pour un homme de 51 ans, entré dans la salle le 10 septembre, et chez lequel on avait constaté à cette date, à la suite d'un coup de pied de cheval ayant porté sur la région latérale gauche du thorax, une fracture de la dixième côte. Le malade, en entrant à l'hôpital, était dans un état de choc assez prononcé dont il se releva d'ailleurs assez rapidement.

Cinq jours après, sans cause appréciable, il présenta tous les signes de l'hémorragie interne. C'est alors que je fus appelé. Je fis la laparotomie et tombai sur une rupture de la rate. Le tiers inférieur de l'organe, séparé des deux tiers supérieurs, flottait au milieu des anses intestinales. Les deux tiers supérieurs du viscère étaient en connexion avec le pédicule de l'organe qui ne présentait aucune lésion appréciable.

La capsule splénique était trop grande pour la partie supérieure du viscère ; elle formait, au niveau du plan de rupture une sorte de sac cachant complètement ce plan et contenant des caillots noirâtres adhérents au tissu splénique.

OBSERVATION XI

(COVILLE, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1901)

F..., 65 ans. Chute sur la fesse droite. Lendemain, douleur à l'hypocondre gauche, puis le malade va à ses occupation pendant quinze jours. Vient ensuite à l'hôpital avec une grosse masse fluctuante et une voussure à la partie inférieure du thorax.

Opération trois semaines après l'accident : gros hématome périsplénique enkysté. Rate rompue le long de son bord postérieur. Splénectomie. Guérison.

OBSERVATION XII

(BARDENHAUER, *Deutsch Medical Woch*, 1897)

H... Chute d'une hauteur de 4 mètres. Pas de choc marqué. Amélioration progressive ; fracture des sixième et septième côtes gauche. Le onzième jour, aggravation subite, fièvre et irritation péritonéale. Opération le même jour ; vaste hématome encapsulé en train de suppurer. La rate, qui avait pris le double de son volume normal, portait plusieurs déchirures autour du hile et des lésions des vaisseaux.

Splénectomie. Guérison deux mois plus tard. Légères adénopathies.

OBSERVATION XIII

(FRANCK, *Munch und Voch*, 1906)

H... Chute de 2 mètres de haut. Peu de troubles ; plus de 48 heures après l'accident, apparition de signes d'hémorragie interne et de phénomènes péritonéaux. Opération immédiate. Rate rompue avec un gros caillot sous la capsule ; hémorragie considérable dans l'abdomen. Splénectomie. Guérison après abcès pleurétique gauche qui nécessita la résection de plusieurs côtes.

OBSERVATION XIV

(BAUDET, *Le Médecin praticien*, 1907)

H..., 23 ans, fait une chute de 4 mètres et tombe sur le flanc gauche. Douleur, puis signes de choc traumatique grave. Pendant deux jours, aucun phénomène grave. Le troisième jour, douleur, contracture, pouls faible. Opération dans le courant du troisième jour. La rate est divisée en deux morceaux. Splénectomie : guérison.

OBSERVATION XV

(MATHIEU, Ambulance N)

Tirailleur algérien, reçoit un coup de pied de cheval dans le flanc gauche, le 13 juin 1915. Douleur et vomissements. Vu le quatrième jour après l'accident. Légère contracture. Laparotomie : du sang en abondance ; déchirure sous-capsulaire de la rate avec hémorragie par la fissure. Splénectomie, drain. Guérison après dilatation aiguë de l'estomac

OBSERVATION XVI
(BRAINE, Hôpital des ménages)

Homme de 48 ans. Chute le 15 novembre 1924. S'est relevé, a marché, a continué son travail. Le quatrième jour, au cours de son travail, douleur violente dans l'hypocondre gauche. Transporté aussitôt à l'hôpital : température, 37°5 ; pouls ; 100 ; douleur irradiée à l'épaule gauche, légère tension à l'hypocondre gauche. Laparotomie sous-ombilicale : sang en grande abondance avec caillots ; rupture rétro-hilaire. Splénectomie : guérison au bout de deux mois.

OBSERVATION XVII
(OUDARD, *Arch. de Méd. et Pharm. navales*)

Dans une chute de 5 mètres de hauteur, un ouvrier de 30 ans heurte violemment de l'hypocondre gauche un madrier. Il continue encore à travailler pendant deux heures, puis reste chez lui pendant six jours avant de se faire admettre à l'hôpital. A son entrée, on constate que le ventre est légèrement ballonné, mais souple et peu sensible à la pression ; il y a de la contracture de défense et de la matité sous le rebord costal gauche. Le pouls est à 109, plutôt petit ; température 38°6. On pense à une hémorragie intra-péritonéale d'origine splénique probable.

Incision oblique suivant les fibres du grand oblique, et allant de l'extrémité antérieure du huitième espace intercostal gauche jusqu'au bord interne du grand droit. Par l'ouverture du péritoine, il sort du sang pur et quelques caillots provenant de la loge splénique. Mais celle-

ci étant difficile à explorer, à cause de la situation haute de la rate, on prolonge l'incision cutanée suivant la direction du huitième espace intercostal. L'index et le médius gauches, introduits légèrement écartés dans la cavité abdominale, plaquent la rate contre la face profonde de la cage thoracique. Double surjet parallèle en chaîne : l'un suivant le bord inférieur de la huitième côte, l'autre le bord supérieur de la neuvième ; surjet unissant diaphragme, cul-de-sac pleural et muscles intercostaux. Section du rebord costal de la couche musculo-séreuse entre les deux chaînes de suture. Cette thoraco-laparotomie, réalisée très vite sans pneumothorax, avec exclusion parfaite de la cavité pleurale, donne par écartement des côtes (écarteur de Gosset) un très large accès sur la loge splénique distendue par une grande quantité de caillots et permet de pratiquer avec facilité l'ablation de la rate éclatée et la ligature du pédicule.

On peut évaluer à un litre la quantité de caillots de la loge splénique, et à plus d'un demi-litre la quantité de sang contenue dans la grande cavité péritonéale. Réfection de la paroi abdominale sans drainage. Après l'intervention et le lendemain, transfusion de 300 centimètres de sang citraté. Le surlendemain et le troisième jour, vomissements bilieux sans signes de péritonite. Le quatrième jour, anurie complète et mort.

OBSERVATION XVIII

(GISLEK, *Casopis lekarn Ceskych*, an LXV, février 1926)

Un ingénieur de 30 ans est précipité du haut d'un pont dans une chute d'auto. Quelques instants après le choc, le blessé peut marcher ; il se plaint seulement de vives

douleurs dans l'hypocondre gauche. Plusieurs vomissements.

A l'examen, le sujet est très pâle. La respiration est accélérée ; le pouls bien frappé bat à 80. L'abdomen n'est pas ballonné ; mais dans l'hypocondre gauche, on trouve une légère défense musculaire. La palpation de cet hypocondre et de la région correspondante aux 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes, se montre très douloureuse. Le toucher rectal est négatif. A l'examen radiologique, la coupole diaphragmatique gauche s'arrête au tiers de son excursion normale au cours de l'inspiration ; elle s'arrête quelques instants contractée, puis remonte pendant l'expiration.

Les symptômes observés le premier jour ayant cédé dès le lendemain, et le septième jour le malade ne présentant plus aucun symptôme ni objectif, ni subjectif, il quitte l'hôpital.

Cinq jours après, c'est-à-dire douze jours après l'accident, il est pris, au cours d'une promenade, d'une douleur abdominale subite avec syncope et vomissements. A la clinique, où on le transporte, on remarque les signes d'une hémorragie interne grave. On l'opère d'urgence. La laparatomie révèle une rupture de la rate avec présence d'un litre et demi de sang dans la cavité abdominale. La splénectomie avec transfusion de sang défibriné guérit le malade en 18 jours.

L'examen de la rate extirpée montre un hématome sous-capsulaire de la convexité, avec rupture de la capsule à ce niveau et des lésions moins importantes du hile et du pôle inférieur. Il y avait d'abord eu rupture du parenchyme, puis hématome sous-capsulaire, enfin rupture tardive de la capsule ouvrant cet hématome dans le péritoine et donnant les signes d'hémorragie interne grave.

OBSERVATION XIX

(DUCUING, *Pratique Médicale*, 1925)

Mme X..., 55 ans, tombe d'une hauteur de 2 mètres dans une cave le 23 mai 1919. Le côté gauche du corps heurte violemment le sol, elle ne perd pas connaissance et peut remonter seule dans ses appartements. Comme elle porte une blessure de l'arcade sourcillière gauche, on la conduit immédiatement à pied dans une pharmacie voisine où elle présente plusieurs syncopes. Après un pansement sommaire elle rentre chez elle où elle ne tarde pas à perdre de nouveau connaissance. Un médecin, mandé d'urgence, suture la plaie du sourcil et ne constate aucun signe de fracture du crâne. La malade, accusant une violente douleur au niveau du flanc gauche, le médecin examine ces régions et ne constate rien de spécial. Mme X... garde le lit ; le lendemain, elle émet trois selles diarrhéiques non sanglantes.

Les trois jours suivants, amélioration très sensible de l'état général, mais le ventre est ballonné et douloureux, plus particulièrement au niveau de l'hypocondre et du flanc gauches

Dans la soirée du 1^{er} juin, à 18 heures, Mme X... dont l'état n'inspire plus aucune inquiétude, se lève et monte au premier étage de sa maison ; arrivée à la dernière marche de l'escalier, elle éprouve une violente douleur dans le flanc gauche et perd connaissance. Appelé d'urgence, nous faisons les constatations suivantes :

Mme X... présente les signes d'une hémorragie interne très grave ; face pâle, langue et extrémités décolorées et refroidies, pouls radial incomptable, troubles de la vue et de l'ouïe. Le ventre est distendu et douloureux à la pression et plus particulièrement au niveau du flanc gauche.

A la percussion, matité dans le flanc et l'hypocondre gauches, submatité dans le flanc droit. Le toucher rec-

tal et le toucher vaginal ne fournissent aucun renseignement. Nous portons le diagnostic d'hémopéritoine tardif par rupture de la rate et nous supposons qu'une hémorragie péricapsulaire datant du 23 mai, primitivement enkystée, et arrêtée, s'est brusquement reproduite à l'occasion d'un effort (ascension de l'escalier) et se répand dans le péritoine.

La malade est transportée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, l'interne de garde fait une injection de sérum physiologique intra-veineuse (1 litre environ) de l'huile camphrée et de l'adrénaline par voie hypodermique. Sous l'influence de cette médication, le pouls radial devient perceptible (160 environ) et, à l'oscillomètre de Pachon, apparaissent quelques oscillations de très faible amplitude, mais nettement différenciées entre 5 et 6.

Intervention. — Pratiquée à 10 heures du soir ; aide : D^r Tapie. Anesthésie : quelques bouffées d'éther. Laparotomie transversale sous-costale gauche ; de l'abdomen s'échappe une quantité de sang qu'on peut approximativement évaluer à 2 litres ; l'hypocondre gauche est rempli de gros caillots noirâtres entre lesquels s'échappe un sang rutilant. Après évacuation rapide de ces caillots, la rate apparaît éclatée et partiellement réduite en bouillie. Deux ligatures sont posées sur le pédicule ; tamponnement de la loge splénique, fermeture de la plaie en un seul plan à l'aide de quelques crins. Ether, huile camphrée, sérum physiologique par voie sous-cutanée. L'état général de la malade, mourante au moment de l'intervention, paraît s'améliorer ; le pouls radial est perceptible et la respiration régulière. Les deux jours suivants l'amélioration s'accroît, la malade boit et urine abondamment ; la face perd son aspect diaphane.

La malade meurt le cinquième jour, à 20 heures, d'une hémorragie cérébrale.

Conclusions

I. — Les ruptures traumatiques de la rate ne sont pas toujours suivies d'une hémorragie intra-péritonéale immédiate. Cette hémorragie peut évoluer en deux étapes : d'abord un hématome local intra ou périsplénique accompagnant le traumatisme, puis l'inondation péritonéale tardive, entre lesquels s'écoule une période silencieuse atteignant parfois quinze jours.

II. — Ce mode de rupture se produit en général sur des rates saines. Il se présente sous trois formes anatomopathologiques : l'hématome intrasplénique qui provient de l'attrition du parenchyme avec intégrité de la capsule ; le broiement sous-capsulaire du tissu de la rate avec lésion minime de la capsule ; enfin l'hématocèle périsplénique enkysté dans la loge avec une rate divisée en fragments non altérés.

III. — La longue période qui sépare le traumatisme initial de l'inondation péritonéale provient avant tout d'un des deux mécanismes fondamentaux suivants : la formation d'un hématome intrasplénique ou la réplétion de la loge splénique de sang et de caillots

sous la poussée hémorragique d'une rate rompue, soit primitivement, soit secondairement à un hématome intrasplénique.

IV. — Les signes cliniques de la période de latence, quand ils existent, sont des plus frustes. Cependant leur découverte est précieuse pour la vie du malade. Aussi s'attachera-t-on à les rechercher et, chez tout traumatisé de l'abdomen, la moindre accélération du pouls s'associant à la contracture abdominale à gauche, commandera l'intervention. En outre, on aura recours systématiquement à la radioscopie.

V. — On gardera à l'hôpital pendant quinze jours, à titre préventif, tous les traumatisés de l'hypocondre gauche. Dans les cas douteux, on pratiquera une laparotomie exploratrice. Si le diagnostic de rupture de la rate est posé, on pratiquera d'emblée la splénectomie, seule condition de survie du malade.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	PATEL.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
POUR LE RECTEUR,
Le Doyen délégué,
GRIGNARD.

Bibliographie

- ALAMARTINE. — Ruptures traumatiques de la rate (*Soc. de Chir. de Lyon*, 22 février 1923).
- ALEXANDER. — Rupture de la rate (*The Lancet*, 1907, t. I, p. 90).
- AUVRAY. — Rupture de la rate (*Bull. Soc. Anatomie* 9 novembre 1904).
- BATAILLE. — Rupture de la rate (*La Normandie Médicale*, 1^{er} novembre 1907, p. 565).
- BÉRARD. — Rupture de la rate. Obs. inédites (*Clin. de l'Hôtel-Dieu*, Lyon 1919).
- BRUNSWIG LE BIHAN. — Rupture de la rate (*Congrès de Chir.*, 1904).
- CAMUS. — Les hématomes intra et périspléniques (*Thèse de Paris*, 1906).
- CARRIE. — *Thèse de Lyon*, 1923.
- CHAUMEL. — Splénectomie tardive (*Bull. Soc. Anatomie*, 1863).
- COLLINET et FOLLY. — Rupture de la rate (*Arc. de Méd. et de Pharm. militaires*, 1907, t. 50. p. 228).
- DEMOULIN. — Rupture traumatique de la rate. Splénectomie.
- DESJACQUES. — Rupture traumatique de la rate et du rein gauche (*Lyon Chir.*, 1929).
- DUCUING. — Hémorragies tardives dans les ruptures isolées de la rate saine (*Pratique Médicale*, 1925).

- FERRY DE LA BELLONE. — Rupture traumatique de la rate (*Thèse de Lyon*, 1912).
- FÉVRIER. — Chirurgie de la rate (14^e Congrès de Chir., 1901).
- FIOLLE. — Rupture de la rate (*Soc. de Chir. de Paris*, 7 février 1917).
- HEINECK. — Rupture traumatique de la rate normale (*Gaz. hebd. des Sciences médicales*, 12 mars 1929).
- LEJARS. — Accidents secondaires des ruptures de la rate (*Soc. de Chir.*, 1901).
- MORESTIN. — Hématome péricapsulaire (*Assoc. Franç. de Chir.*, Paris 1904).
- PAGE. — Hémorragie secondaire au cours de rupture splénique (*Soc. Clin. Trans.*, 1892, t. 25, p. 173).
- PATEL et VERGNORY. — Rupture de la rate (*Presse Médicale*, janvier 1923).
- PAUCHET. — Rupture de la rate. La meilleure incision pour l'aborder chirurgicalement (16^e Congrès de Chir., 1903).
- PERRIN. — Rupture de la rate (*Soc. de Chir. de Lyon*, 30 janvier 1921, p. 96).
- PÉTRIDIS. — Rupture de la rate (*Bull. Soc. Anatom.*, janvier 1921).
- POTHERAT. — Rupture de la rate (*Discussion Soc. Chirurgie*, 25 mai 1910).
- QUENU. — Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate avec hémorragie en péritoine libre.
- RICHEL. — La rate, organe utile non nécessaire (*Bull. Académie des Sciences*, 16 avril 1923).
- ROUTIER. — Hématome de la rate. Transformation fibreuse (*Congrès de Chirurgie*, 1901).
- VASSAL. — A propos du cas de Fiolle (*Thèse de Montpellier*, 1911).
- VINCENT. — Pronostic et traitement des ruptures de la rate (*Revue de Chir.*, 1893).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
<i>Chapitre premier.</i> — Etiologie	13
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie pathologique	17
<i>Chapitre III.</i> — Pathogénie	21
<i>Chapitre IV.</i> — Symptomatologie	27
<i>Chapitre V.</i> — Pronostic	33
<i>Chapitre VI.</i> — Diagnostic	35
<i>Chapitre VII.</i> — Traitement	39
OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65



MP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



